

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

POUR

N^o
323

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1898, à 1 heure

Par S. GUERCHOUNI

Né à Swenciani (Russie), le 27 mai 1867.

DIAGNOSTIC DES PERFORATIONS
DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM
Avec l'Appendicite

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. BOUILLY, professeur.

RETTERER et THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 623

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1898, à 1 heure

Par S. GUERCHOUNI

Né à Swenciani (Russie), le 27 mai 1867.

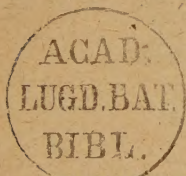
DIAGNOSTIC DES PERFORATIONS DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM *Avec l'Appendicite*

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. BOUILLY, professeur.

RETTERER et THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....	{	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
	{	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{	BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILLEAU.
BAR.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin à l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. Reclus un cas de perforation d'ulcère latent de l'estomac pris pour une appendicite.

Frappé de cette observation et tout imprégné des souvenirs des remarquables cliniques de notre maître M. Dieulafoy, sur la perforation de l'ulcère latent du duodénum et sur le diagnostic de l'appendicite, nous avons eu l'idée de rechercher des faits où pareille erreur avait été commise et de fonder sur eux cette étude qui fait l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous croyons que la péritonite par perforation de l'ulcère latent de l'estomac ou du duodénum a des signes propres, particuliers, qui doivent la faire diagnostiquer avant que le chirurgien n'aura sa main pour la traiter. C'est à ce but que nous tendons. A porter un diagnostic, le clinicien a toujours quelque légitime fierté ; le chirurgien a la main mieux armée, plus sûre, plus bienfaisante.

Dans notre étude, nous exposons tour à tour la symptomatologie de la perforation de l'ulcère latent de l'estomac, de l'ulcère latent du duodénum, de l'appendicite, en insistant particulièrement sur les signes propres à chacune de ces perforations.

Dans un chapitre nous résumons les éléments d'un diagnostic différentiel fondé sur les signes cliniques précédemment étudiés, et sur certains signes, qu'il est possible de relever au cours de la laparotomie dirigée contre ces perforations.

Suivent enfin, après quelques aperçus rapides sur le traitement, une série d'observations où la perforation stomacale ou duodenale a été prise pour une appendicite. Leur étude soigneuse confirmera nos affirmations et convaincra peut-être, que l'erreur de diagnostic aurait pu être évitée dans quelques cas, si l'attention avait été attirée sur les quelques points particuliers que nous abordons timidement aujourd'hui.

Nous adressons ici nos remerciements à tous nos maîtres dans les hôpitaux.

Que M. Reclus, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec, qui a si gracieusement mis à notre disposition l'observation de son service, reçoive l'expression de notre gratitude pour l'enseignement chirurgical qu'il nous a donné avec tant de charme et de haute compétence.

M. le professeur Terrier nous a accepté comme

stagiaire dans son service où l'on se familiarise, à l'exemple du maître, aux pratiques rigides de l'asepsie chirurgicale ; qu'il veuille accepter l'expression de notre reconnaissance.

A côté de M. le professeur Terrier, nous croyons de notre devoir d'adresser nos vifs remerciements à M. le professeur agrégé Hartmann, chirurgien des hôpitaux, qui pendant notre stage à Bichat nous montrait la plus grande bienveillance.

Nous saisissons avec plaisir cette occasion pour exprimer nos sentiments de gratitude à M. le professeur Landouzy, chez qui nous avons fait notre stage de médecine.

Nous n'oublierons pas notre regretté maître M. Hanot, qui nous a dirigé dans nos études médicales et dont les leçons resteront toujours gravées dans notre mémoire.

Enfin nous avons trouvé dans le brillant service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, l'accueil le plus cordial. Nous avons été particulièrement sensible à l'amabilité avec laquelle l'enseignement nous y était donné. Aussi sommes-nous heureux d'adresser ici l'expression de notre vive reconnaissance à MM. Renon, médecin des hôpitaux ; Charrier, ancien chef de clinique ; Du Pasquier, chef du laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu ; Kahn, chef de clinique et Apert, chef-adjoint de laboratoire.

Notre thèse est faite toute entière de l'enseigne-

ment que nous avons reçu de M. le professeur Dieulafoy ; on y trouvera imparfaitement exposées les idées qu'il soutient avec tant de convictions et d'éloquence. Il a bien voulu en accepter la présidence, nous donnant ainsi une nouvelle preuve de sympathie : qu'il veuille bien agréer le témoignage de toute notre gratitude

SYMPTOMATOLOGIE

De la perforation de l'ulcère de l'estomac.

L'ulcère de l'estomac, qui se présente dans sa forme classique avec une triade symptomatique, si caractéristique, que, observée au complet elle entraîne certainement le diagnostic, peut se constituer et évoluer d'une manière absolument latente. Ni hématomèses, ni vomissements, ni douleurs, pas même parfois de simples troubles digestifs ne peuvent être retrouvés dans l'histoire clinique d'un grand nombre des malades, qu'une perforation subite peut seule révéler atteints de la maladie de Cruveilhier. La perforation, qui d'ordinaire est une complication de l'ulcère de l'estomac, devient parfois son premier et unique symptôme.

M. Dieulafoy (1) a établi aussi nettement que possible les conditions qui présidaient à la forme latente des ulcères de l'estomac. « On peut remarquer, dit-il, que les quelques observations pu-

(1) Dieulafoy. — Ulcères latents de l'estomac. Presse médicale 1896.

bliées d'ulcères latents ont trait à des ulcères voisins de la petite courbure et appartenant à la partie la plus élevée de l'estomac. Les ulcères ainsi situés sont soustraits au contact des aliments sauf dans l'état de réplétion complète de l'estomac. Or, on sait que ce contact provoque les douleurs de l'ulcère ; en effet les malades porteurs d'un ulcère de la face antérieure, calment leur souffrances en se couchant sur le dos ; inversement ceux, plus nombreux, qui ont un ulcère de la face postérieure, se soulagent en penchant le corps en avant. Les ulcères voisins de la petite courbure sont donc souvent indolores, parce qu'ils échappent au contact des aliments ; pour peu qu'ils ne saignent pas, voilà les ulcères complètement latents. » Les observations que nous rapportons viennent corroborer de tous points les conclusions de M. Dieulafoy.

La perforation de l'estomac se produisant en pleine santé revêt l'allure générale de toutes les perforations du tube intestinal. « Examinez, dit M. Dieulafoy, dans ses remarquables cliniques de l'Hôtel-Dieu, le malade qui vient d'avoir une perforation. Son visage porte déjà après une heure ou deux, la griffe péritonéale ; les traits sont tirés ; le teint d'une pâleur terreuse ; tantôt le ventre est dur et rétracté par la contraction des muscles abdominaux, qui se défendent ; tantôt il est tympanisé par la distension des anses intestinales para-

lysées et par le passage des gaz dans la cavité péritonéale ; le moindre attouchement, la palpation la plus légère réveillent souvent des douleurs atroces. Le pouls est petit et rapide, peut être le malade a-t-il déjà du hoquet (1) ».

Néanmoins, il semble qu'il existe des signes propres, des signes particuliers, qui permettent dans la majorité des cas de différencier la perforation de l'estomac, des autres perforations intestinales.

La perforation, dans l'ulcère de l'estomac, se fait sans cause provocatrice au milieu du sommeil par exemple ; ou bien, elle semble liée, peut être plus souvent que les autres espèces de perforations à un traumatisme, choc extérieur, effort de toux, de vomissement, etc...

Ce qui la caractérise au premier chef, c'est une douleur immédiate, d'une violence inouïe, d'une atrocité effrayante, que les malades rapportent à des sensations de brûlure, de déchirure intérieure. Elle s'accompagne souvent de schock, de dépression profonde et dans des cas qui sont loin d'être rares, elle entraîne une syncope. La principale caractéristique réside surtout dans son intensité : c'est « le coup de poignard péritonéal » de M. le professeur Dieulafoy (*Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu 1896-1897* ; page 238). La moindre

(1) Dieulafoy. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, page 241.

ingestion de liquide la réveille ou l'exaspère (Michaux et Choppin) quelques auteurs même recherchent ce symptôme pour assurer le diagnostic et font absorber une potion opiacée à leurs malades. Mais à vrai dire ce signe n'est point d'une valeur absolue alors que sa recherche est certainement périlleuse, puisque les ingesta se déversent, à travers la perforation dans l'abdomen lui-même. Chapt rapporte dans sa thèse l'observation d'une malade, qui à chaque absorption de boisson avait la sensation très nette du glissement du liquide jusque dans son bassin.

Le siège de la douleur, sa localisation précise au moment où elle se manifeste, constitue avec sa qualité d'être exquise, un signe de la plus haute importance. Elle siège toujours dans la région épigastrique au dessus de l'ombilic pour s'irradier plus ou moins rapidement dans le reste de l'abdomen. Son maximum doit être recherché avec soin, Nous avons vu notre maître M. Dieulafoy faire cette recherche non point par un palper même superficiel, mais par un frôlement léger avec une pointe de crayon, et c'est grâce à la finesse de cet examen clinique que la localisation précise de la perforation a pu être affirmée.

Sans doute il existe des observations, où la douleur qui accompagnait la perforation de l'estomac, est signalée dans la région sous-ombilicale. Mais nous croyons que dans ces cas le point douloureux

correspondait à un point de péritonite à distance, sur lequel le malade attirait l'attention sans avoir fait remarquer la localisation véritable des premiers phénomènes douloureux du début.

Le plus souvent ces foyers secondaires se produisent dans les fosses iliaques ; l'ordonnance anatomique des organes abdominaux et les lois de déclivité régissent seules ces dispositions. En effet, la perforation stomacale siège-t-elle à la face antérieure de l'estomac, les liquides stomacaux qui s'épanchent par la plaie vont descendre directement vers le petit bassin entre le tablier épiploïque et la paroi abdominale antérieure. Mais ils rencontreront le plus souvent le plancher du mesentère, oblique de haut en bas et de gauche à droite, et glissant sur ce plan incliné, qui sépare la région abdominale en deux régions : l'une droite, l'autre gauche, la plus grande partie des liquides infiltrés seront drainés vers la fosse iliaque droite, vers la région appendiculaire.

Une irradiation douloureuse de la perforation de l'estomac, qui mériterait comme le veut M. Faure qui l'a observée chez deux malades, d'être toujours recherchée, est celle qui se produit vers l'épaule gauche. Cette douleur est peut-être de même nature que celle de l'épaule droite dans les lésions douloureuses du foie et devrait être mise, comme la veulent la plupart des auteurs pour la douleur hépatique, sur le compte de l'irritation

du pneumogastrique et du réflexe douloureux qu'il provoque sur le plexus cervical avec lequel il est anastomosé.

C'est le pneumogastrique gauche qui innerve la face antérieure de l'estomac : les perforations de l'estomac dont nous rapportons l'observation se sont produites à la face antérieure de l'organe, comme il est de règle, du reste ; d'où peut être la douleur à l'épaule gauche, dans les cas où les irradiations douloureuses ont été signalées ou recherchées du côté du moignon scapulaire (1).

Enfin on a noté dans la perforation stomacale des épreintes possibles du côté du rectum et de la vessie ; mais elles n'ont rien de caractéristique.

Accompagnant la douleur épigastrique, il se fait du côté des muscles abdominaux une rétraction plus ou moins durable, mais qui manque très rarement, aux premières heures de la perforation. Ce ventre « plat et dur » se retrouve dans toutes les perforations ; mais caractère remarquable, c'est surtout la région supérieure des droits de l'abdomen qui se contracte énergiquement pour protéger la lésion sous-jacente ; la main qui palpe tour à tour les zones sus et sous-ombilicales peut nettement apprécier la différence de tension de la paroi abdominale. M. Michaux a particulièrement insisté

(1) Soc. anat. observ. Heresco et Claisse. Janvier 1897.

sur ce signe, qui a été vérifié dans la plupart des cas.

Mais plus tardivement il en est de ce symptôme comme de la douleur, à laquelle il est intimement lié : la paroi abdominale peut se contracter au maximum sur un foyer localisé de péritonite secondaire. Il en était ainsi chez le malade, dont nous rapportons l'observation.

Du reste ce ventre plat et rétracté du début ne persiste pas ordinairement au delà du premier jour ; bien que ainsi que le fait remarquer M. Dieulafoy (1) il ne faille point attendre le ballonnement du ventre, comme le disaient les anciens pour affirmer la péritonite, car il n'est pas fatal. Le ballonnement du ventre, dans la péritonite par perforation de l'estomac, n'offre rien de particulier : il traduit la réaction paralytique de l'intestin sous l'influence de la péritonite ; il peut être aussi provoqué en partie par l'épanchement hors du tube digestif des gaz stomacaux. La disparition de la matité hépatique est pathognomonique de cet épanchement gazeux intra-abdominal.

La perforation de l'estomac si elle provoque une péritonite presque fatale, lui imprimerait un caractère remarquable, l'absence de vomissements. Malheureusement cette notion est loin d'être

(1) Dieulafoy. — *Cliniques Médicales de l'Hôtel-Dieu.*

admise par tous et la lecture des observations convainquit bientôt que si l'absence de vomissements est un bon signe de perforation de l'estomac et de l'estomac exclusivement, elle n'est pas un signe fatal.

Elle semble même avoir été plutôt rarement constatée.

Alibert, Krukembery l'ont noté. Gérard en fait un point essentiel de diagnostic entre la perforation spontanée de l'estomac et les empoisonnements et le choléra.

Bressler signale la disparition brusque des vomissements dans la perforation stomacale : c'est à peine dit-il, si le malade peut vomir une ou deux fois après l'invasion de la douleur.

Ebstein (*Zeitschrift für Klinische medecin* 1885) affirme que lorsque une péritonite ne s'accompagne point de vomissements, il s'agit d'une péritonite par perforation de l'estomac et il ajoute même : « Si dans une perforation stomacale les vomissements peuvent disparaître, c'est que l'orifice de l'estomac est définitivement ou momentanément touché par des adhérences, un organe voisin, etc. »

Cette absence de vomissements est diversement expliquée par les auteurs.

Les uns n'y voient qu'une cause mécanique : les ingesta stomacaux se déversent par l'orifice dans la cavité abdominale ; le malade vomit dans

son péritoine. Les réflexes nauséeux sont stériles et n'amènent point le rejet de matières (Grisolle).

Pour d'autres auteurs l'absence de vomissements serait due à une sidération considérable du système nerveux.

Cette doctrine de l'absence de vomissements dans la perforation stomacale, est même mise en doute par beaucoup d'auteurs et rejetée comme inexacte. M. Mathieu (Dictionnaire Dechambre, Art. : Estomac) dit que la perforation de l'estomac est suivie de « vomissements bilieux et porracés ». Moder de Vienne s'élève contre la « soi-disant absence de vomissements au cours de péritonites par perforation de l'estomac » et de fait, Stuck n'a rencontré cette absence de vomissements que dans 30 0/0 des cas ; Choppin dans 14 0/0 des cas (Voir *In Th.* de Auffray, Paris, 1898).

Enfin parmi les signes propres à la péritonite par perforation de l'estomac, on a signalé la rapidité du collapsus plus particulièrement grande, que dans les autres péritonites ; mais l'on conçoit combien ce signe est difficile à apprécier, et du reste inconstant, puisque entre les péritonites suraiguës ou aiguës qui nous occupent et les abcès périgastriques, il est toute une série d'intermédiaires.

En résumé, on peut conclure avec M. Dieulafoy que les caractères particuliers de la perforation de l'estomac se résument ainsi : brutalité du début,

atrocité et siège épigastrique de la douleur, tension du ventre supérieur du muscle grand droit, surtout du côté gauche, absence de nausées et de vomissements.

SYMPTOMATOLOGIE

De la perforation de l'ulcère du duodénum.

Si la forme latente de l'ulcère de l'estomac est somme toute un mode rare de la maladie, elle est presque la règle pour l'ulcère simple du duodénum. La plupart des symptômes que l'on attribue à l'ulcère du duodénum manquent le plus souvent, ou dans tout les cas se cachent à l'observation du malade et du médecin. La douleur est d'ordinaire vague, ne revêt jamais l'intensité et les caractères si spéciaux de l'ulcère de l'estomac; les vomissements font défaut; le mœlena seule manifestation de l'hémorrhagie duodénale passe la plupart du temps inaperçu. Aussi la perforation du duodénum est-elle très souvent le premier signe de l'ulcère. Elle se fait d'autant plus aisément que l'ulcère siège dans les trois quarts des cas à la face antérieure de l'intestin, a proximité du pylore, portion libre du duodénum alors que sa face postérieure est appliquée contre la paroi abdominale postérieure. De plus, cette face, mobile, superficielle est relativement exposée aux

chocs et traumatismes, qui peuvent provoquer la rupture de l'ulcère.

La douleur, au moment de la perforation, revêt les mêmes caractères de soudaineté et d'atrocité que dans la perforation de l'estomac : ici encore c'est le « coup de poignard péritonéal » avec ses irradiations violentes et même des tendances synkopales.

Un véritable état de Schock peut se manifester : pouls petit, extrémités froides, etc... Plus tard, ici encore, comme dans la perforation de l'estomac, le maximum de la douleur peut siéger dans une fosse iliaque, plus particulièrement à droite à la suite du développement d'un foyer péritonéal inférieur, provoquée par la coulée des matières alimentaires vers les régions déclives de l'abdomen. Mais ce second foyer douloureux succède à un premier foyer où la douleur s'était subitement développé, avec un degré d'acuité extrême et atteint d'emblée; il s'accompagne souvent de submatité alors que dans la région supérieure de l'abdomen, dans ces perforations où les adhérences protectrices n'ont pas eu le temps de se produire, on observe rapidement du tympanisme avec disparition de la matité hépatique. La région supérieure et droite de l'abdomen est rigide. Le ventre supérieur du grand droit est en défense musculaire et résiste violemment à la main qui palpe.

Dans la perforation du duodénum on observe

des vomissements alimentaires, bilieux, porracés. L'état de collapsus s'installe rapidement; les urines sont rares ou même nulles, soit par défaut d'absorption intestinale, soit par action reflexe inhibitrice sur la secretion renale.

En résumé, les caractères particuliers à la perforation du duodénum peuvent se résumer ainsi : douleur brusque et violente, siégeant dans la région abdominale supérieure et droite, au-dessous du rebord des fausses côtes, sonorité hépatique, collapsus rapidement installé,

SYMPTOMES

de la perforation appendiculaire.

La péritonite aiguë généralisée, au cours de l'appendicite, succède ordinairement à une perforation gangreneuse (Letulle), causé rarement par une simple ulcération folliculaire, plus souvent par une infection nérosante. C'est moins semblait-il à une localisation spéciale sur tel ou tel élément anatomique de l'appendice, qu'à une virulence exaspérée de l'agent infectant qu'est dû le processus de la perforation (Jalaguier). Parmi les causes de l'exaspération de cet agent infectant, M. Dieulafoy a fait ressortir d'une manière lumineuse, le rôle de la « cavité close » que formait souvent l'appendice, et où les cultures microbiennes multipliaient leur toxicité (clinique de l'Hôtel-Dieu, 16^e leçon, p. 338). La perforation de l'appendice occupe le plus généralement la pointe du diverticule vermiciforme ou une partie plus ou moins considérable de sa circonférence. Parfois l'appendice est sectionné à sa base. La dimension de la perforation est variable suivant les cas : tantôt elle est puncti-

forme, tantôt elle atteint quatre ou cinq millimètres de diamètre. Mais il n'est point nécessaire, pour que l'infection de l'appendice produise une infection généralisée du péritoine, qu'il y ait eu perforation de l'organe : une virulence extrême du microbe peut par « lymphangite térébrante » (Letulle) provoquer des péritonites généralisés, sans perforations (Poncet-Margery). Il n'en est pas moins vrai, qu'anatomo-pathologiquement, c'est la perforation gangréneuse qui reste la cause ordinaire des péritonites généralisée d'emblée.

Cette péritonite peut revêtir deux types : ou bien, l'infection est pour ainsi dire masqué et la réaction péritonéale qui exprime la défense de l'organisme, est nulle : c'est la forme septique diffuse, la septicémie péritonéale de Mickulitz et Jalaguier. Ou bien l'on a affaire à une péritonite purulente généralisée.

La première forme de péritonite généralisée, forme septique, débute avec l'appareil d'une simple indigestion, avec une douleur abdominale plutôt vague, quelques vomissements qui accompagnent le début des accidents, mais souvent s'interrompent après une ou deux évacuations bilieuses. L'on remarque de la constipation presque toujours très opiniâtre, rarement de la diarrhée. Le météorisme est peu marqué ; lorsqu'il existe

(1) Margery. — Th. Lyon 1892.

affirme M. Jalaguier, il occupe surtout la région ombilicale et épigastrique ; la palpation du ventre est aisée : dans la fosse iliaque droite, un palper profond réveille de la douleur ; mais elle est loin d'être exquise comme dans la péritonite suppurée. En somme cette forme est surtout caractérisée par la réduction au minimum de la réaction péritonéale ; mais si les phénomènes locaux sont peu intenses, les troubles généraux sont des plus graves ; c'est le tableau de la septicémie suraiguë : hypothermie, pouls misérable, facies péritonéal, teint plombé, abaissement de la température, etc.

La seconde forme, appendicite avec péritonite purulente généralisée, éclate d'ordinaire d'une façon bruyante. C'est « le coup de pistolet » de Roux de Lausanne ; les douleurs sont violentes, et souvent généralisées au début, dans tout l'abdomen, ou localisées à distance de l'appendice vermiculaire.

C'est ainsi qu'on les voit ordinairement débiter dans la région ombilicale, parfois dans la fosse iliaque gauche et ce n'est que tardivement qu'elles se localisent dans la fosse iliaque droite. A ce moment la paroi musculaire se défend par une contracture énergique contre tout palper profond, et la défense musculaire est surtout marquée au niveau de la fosse iliaque droite où siège le maximum des lésions.

Au même niveau on peut constater, comme l'a

enseigné M. Dieulafoy, une hyperesthésie de la région cutanée, correspondante à la zone appendiculaire. Si on frote légèrement la peau de cette région avec la pulpe du doigt ou avec un crayon, on constate une hyperesthésie qui n'existe pas ailleurs sur l'abdomen. Parfois même, en provoquant cette hyperesthésie, on détermine des crampes réflexes très douloureuses du muscle sous-jacent. (Clinique de l'Hôtel-Dieu, page 373).

Mais lorsque l'appendice est en position anormale, ce n'est plus au point dit de Mac-Burney, c'est-à-dire à mi-chemin entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'ombilic, qu'il faut rechercher la douleur la plus exquise : elle peut se rencontrer dans la fosse iliaque gauche, dans la région sus-pubienne, dans la zone peri-ombilicale, au dessous des fausses côtes. De même la défense musculaire de la paroi peut être déplacée, et la fosse iliaque droite apparaître relativement souple, à côté d'une région voisine de l'abdomen.

La température est variable, vacillant autour de 38° et 39°.

Le pouls bien que non dissocié d'avec elle, est rapide et petit, battant en moyenne 120. Les vomissements apparaissent au début des accidents. Ils sont d'abord porracés, puis bilieux, rarement fécaloïdes. La constipation est opiniâtre, l'arrêt de gaz quelquefois absolu ; enfin les urines sont

excessivement rares, et le malade peut être même atteint d'anurie.

Les irradiations douloureuses ont dans l'appendicite, un territoire assez particulier, tout au moins dans les cas où l'appendice est en position normale ; elles se font du côté du rectum et de la vessie, et souvent dans la zone du femoro cutané : on peut rencontrer un point douloureux très net au dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, lieu du passage du nerf femoro-cutané, sur le rebord antérieur de l'os iliaque. Les irradiations douloureuses peuvent aussi se manifester du côté des organes génitaux, et chez l'homme, amener de la rétraction du testicule.

Enfin au deuxième ou troisième jour, si la péritonite tend à se localiser au niveau de l'appendice, l'on peut trouver les signes de tumeur iliaques : plastron abdominal, submatité, circulation superficielle, œdème de la paroi, etc...

DIAGNOSTIC

Nous avons étudié tour à tour les symptômes des perforations de l'estomac, du duodénum, de l'appendice.

Dans les cas où le malade se présente peu de temps après la perforation et que les signes de cet accident s'offrent avec leurs caractères classiques, le diagnostic différentiel est assez facile. Il est basé sur les principaux symptômes suivants : acuité et siège de la douleur, tension locale de la paroi abdominale, état de la matité hépatique, qui varient avec chaque type de perforation.

Mais il est des cas et des formes particuliers où ces signes sont anormaux ou anormalement groupés.

Dans la perforation gastrique ou duodénale, la douleur est à la vérité atroce, subite et d'une intensité formidable. La douleur de l'appendicite éclate moins brutalement ; souvent l'appendicite débute par des signes d'indigestions, vomissements, coliques, pesanteur abdominale, diarrhée, phénomènes qui peuvent être regardés comme les manifesta-

tions de l'infection gastro-intestinale avant sa localisation sur l'appendice » (Jalaguier) (1).

Mais parfois ce début de l'appendicite avec prodômes fait défaut, et c'est subitement « en coup de pistolet » comme le dit Roux Zausanne, que l'appendicite éclate. Dans ces cas, le siège ordinaire de la douleur est plus ou moins tôt rapidement rapporté dans la région de l'appendice, le plus souvent dans la fosse iliaque droite au point de Mac-Burney. Mais lorsque l'appendice est en position anormale, ce siège maximum de la douleur varie ; des malades le rapportent dans la fosse iliaque gauche ; lorsque surtout l'appendice est en position haute, et le fait n'est point rare (11,8 p. % d'après Biggs) (2), l'appendicite peut débiter par des douleurs peri-ombilicales qui vont se localiser dans la région sous-hépatique, rappelant alors par son siège, sinon par son intensité, la douleur de la perforation du duodénum.

Une erreur plus fréquente et plus facile, comme le prouvent surabondamment les observations que nous rapportons, consiste à ne tenir compte, dans l'étude de la douleur au cours des péritonites par perforation, que de la douleur « actuelle » et souvent son maximum siège non pas au point de la

(1) Jalaguier. — *Traité de Chirurgie*, 1898.

(2) Biggs. — *Ann. of. Surgery*. Févr. 1893, vol. XVII n° 2, p. 164.

perforation elle-même, mais plus bas dans les régions declives de l'abdomen où un foyer de péritonite s'est allumé secondairement. Cette méprise est inévitable lorsque le chirurgien voit son malade dans un état voisin de collapsus, qu'il ne peut obtenir du patient, sur le début des accidents des renseignements nets et précis. Mais elle est impossible si l'histoire clinique du malade a été bien observée. M. Dieulafoy a fixé dans une page que nous devrions citer en entier ces éléments du diagnostic différentiel.

« Pour si aigu, dit notre maître, que soit le début d'une appendicite, pour si rapide que soit l'apparition des symptômes, je n'ai jamais vu l'appendicite débiter par la douleur subite, atroce, qui est le caractère de la perforation duodénale. Il est même des appendicites à évolution rapide, à gangrène précoce, qui se traduisent à leur début, et pendant leur évolution par des symptômes d'autant plus traîtres qu'ils sont souvent peu alarmants et peu intenses. Comparez le début de l'appendicite et le début de la péritonite par perforation duodénale : au cas d'appendicite, la douleur est parfois précédée d'autres symptômes, nausées, malaises simulant l'indigestion, ce qui n'existe pas avec la perforation duodénale, et, dans le cas, assez habituel où la douleur est le symptôme initial de l'appendicite, cette douleur n'est pas d'emblée extrêmement vive; elle met

une demi-heure, une heure et bien plus encore, avant d'atteindre une intensité qui du reste est rarement excessive; tandis que au cas de péritonite par perforation duodénale ou stomacale, la douleur est aussi atroce que soudaine, et la comparaison du coup de poignard péritonéal, qui lui convient si bien, n'est vraiment pas applicable à l'appendicite.»

Un signe de diagnostic qui aurait une importance aussi considérable est l'absence de la matité hépatique dans les perforations larges du tube digestif. Cette disparition de la matité hépatique traduit, nous le savons, la présence de gaz dans la cavité péritonéale. Elle ne peut que s'effectuer difficilement dans les perforations appendiculaires trop peu larges pour permettre l'épanchement des gaz hors d'un appendice, très souvent transformé du reste, en cavité close. Mais cette absence de matité hépatique peut tenir au tympanisme considérable qui accompagne les réactions péritonéales. Dans ces cas elle est toujours tardive; donc, constituée peu d'heures après le début des accidents, avant que l'intestin ne soit paralysé et le météorisme considérable, l'absence de la matité hépatique reste un signe excellent de diagnostic des perforations gastriques et duodénales.

L'état de la paroi abdominale, dans le cas d'ap-

(1) Dieulafoy. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1896-97, p. 242.

pendicite et dans les perforations de l'estomac et du duodénum, n'est point comparable.

« Examinez, dit M. Dieulafoy, un individu peu d'instants ou peu d'heures après sa perforation duodénale et vous trouvez le ventre tantôt dur et retracté tantôt balloué et tympanisé sur toute son étendue ; la matité normale de la région hépatique est en partie masquée par la sonorité. Rien de pareil ne se voit au cas d'appendicite ; la dureté du ventre et la défense musculaire sont limitées aux parages de la légion appendiculaire ; quant au tympanisme abdominal, il n'a de tendance à se produire qu'à une époque plus avancée. Ajoutez à cela la localisation habituellement différente des douleurs, fosse iliaque pour l'appendicite, région sous-hépatogastrique pour la perforation duodénale et vous arriverez à distinguer les appendicites des perforations duodénale ou stomacale (1). Les touchers rectal et vaginal, ne donnent d'autres indications par la douleur qu'ils réveillent ou la sensation de tumeur intra abdominal, que celle de péritonite intrapelvienne, et nous savons que celle-ci peut se développer à la suite de la coulée des liquides septiques de l'estomac et du duodénum perforés dans les parties déclives du ventre.

La matité dans la région de la fosse iliaque

(1) Dieulafoy. — *Perforation de l'ulcère du duodenum*.
Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1896-97, p. 242.

droite, comme la résistance locale du plan musculaire et la douleur de cette région indique de même une péritonite de la région, mais point une péritonite d'origine fatalement appendiculaire. Le foyer que décèlent ces signes peut être un foyer secondaire ; mais dans ces cas il reste les signes subjectifs du début ou les signes physiques concomittants de la perforation primitive du duodénum ou de l'estomac, et le diagnostic s'impose.

Enfin l'épreuve d'absorption de liquides, qui provoque dans les cas de perforations élevées du tube digestif (estomac et duodénum) une douleur rapide et très vive est un signe inconstant et dangereux, qu'il n'est point permis de rechercher puisque il ne dispense de la laparatomie exploratrice, au contraire ;

Au cours de la laparatomie, en effet, le diagnostic de la localisation de la perforation peut être affirmé par la constatation de quelques signes particuliers.

A l'ouverture du péritoine d'abord, l'on peut voir s'échapper des bulles de gaz. Elles sont l'indice d'une perforation large du tube digestif, qui a permis leur issue à travers ses tuniques : telles les perforations de l'estomac et du duodénum.

Ces gaz peuvent être doués d'odeurs particulières qui en indiquent l'origine, d'odeur butyrique, aigrelette dans les perforations élevées, ils prennent une odeur fécaloïde d'autant plus pré-

noncée, que la perforation se rapproche du rectum (Danlos).

Dans les liquides épanchés dans le péritoine, l'on peut aussi rencontrer des aliments non digérés (pain, lait, etc.), qui indiquent que la perforation siège en un point suffisamment élevé pour que l'action des liquides digestifs n'ait pu permettre une profonde modification de ces débris alimentaires, l'on songera donc à une perforation de l'estomac.

De même si la réaction du liquide péritonéal est acide au tournesol l'on penchera pour une perforation de l'estomac, les liquides de la digestion devenant alcalins, après la traversée pylorique. Mais ainsi que le fait remarquer Houzé, peu de temps après s'être épanchés dans la cavité péritonéale la réaction des liquides stomacaux doit être modifiée par celle des exsudats péritonéaux et celles des liquides intestinaux qui peuvent refluer à travers la perforation de l'estomac.

Enfin un des signes le plus important à constater au cours de la laparatomie, et qui peuvent mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic étiologique de la péritonite, c'est l'examen des foyers péritoneaux, qui augmentent de nombre et d'importance à même qu'il se rapproche de la lésion occasionnelle. Mais l'on conçoit combien cette recherche ne peut être que timidement tentée, lorsque le chirurgien hésite sur la valeur des

adhérences qui limitent un foyer péritonéal : sont-ce des adhérences protectrices, des adhérences providentielles ; sont-ce des adhérences intermédiaires entre un foyer inférieur et un foyer plus loin situé ? L'on conçoit combien il est difficile et imprudent de chercher à approfondir telles questions au cours d'une intervention. Mais cette recherche, le bistouri à la main devrait être inutile, car par la seule étude des symptômes cliniques la localisation de la perforation doit avoir été affirmée avant que son traitement n'ait été institué.

TRAITEMENT

Une péritonite consécutive à une perforation doit tout d'abord être opérée à une époque aussi rapprochée que possible du début des accidents : cette précocité dans la décision chirurgicale, offre le double avantage d'augmenter les chances heureuses pour l'opéré et de permettre un diagnostic plus précis.

Dans tous les cas le pronostic est loin d'être encourageant la mortalité est en effet très considérable; cependant nous voyons, dans le rapport de M. Schvartz à la Société de chirurgie (1898, janvier) que « sur onze cas où l'ulcère perforant a été trouvé par une laparotomie faite pour des accidents de péritonite, il y a eu trois guérisons opératoires; sur onze cas où l'ulcère perforant n'a pas été trouvé, soit par erreur de diagnostic (appendicite ou iléus), soit par ce que le chirurgien a été arrêté dans ses recherches par la crainte de l'état du malade, la mort a été constante ».

Il y a donc, on le voit, au point de vue thérapeutique un intérêt très grand à établir le diagnostic et à prendre *une décision prompte; c'est*

dès le début sans perdre un temps précieux, qu'il faut par une enquête très minutieuse basée sur les antécédents et par un examen scrupuleux du ventre, armer la main du chirurgien.

Dans la plupart des observations que nous avons parcourues et donc le pronostic est si sombre, il s'est souvent écoulé deux jours et même trois jours entre la perforation et la laparotomie, et malgré ce retard le malade a conservé suffisamment ses forces.

Il faut donc opérer rapidement, alors que l'exploration abdominale n'est pas modifiée par l'apparition d'un empâtement dans la fosse iliaque droite pouvant donner le change, avant que le tympanisme ait encore augmenté les difficultés du diagnostic.

Presque jamais malheureusement on ne fait d'emblée le diagnostic de perforation de l'estomac et du duodénum.

Cependant si les symptômes sont suffisamment précis pour permettre ce diagnostic, il ne faut pas hésiter, faire la laparotomie sus-ombicale, souvent de suite après l'ouverture du ventre on voit s'échapper des gaz, de la bile, des liquides alimentaires.

Nous n'avons rien à dire des précautions d'asepsie.

Assez souvent il arrive que en voulant faire une suture séro-séreuse, surtout au niveau du duodénum, l'aiguille ne rencontre que des tissus

friables sans résistance, il faut alors se contenter de fermer soigneusement le foyer au dépens du péritoine environnant.

Les incertitudes du chirurgien sont tout autres lorsque portant le diagnostic de l'appendicite, il porte ses premières recherches sur l'appendice.

Il peut en effet arriver que la fosse iliaque droite contient une poche suppurée, limitée par des adhérences constituant en somme un véritable foyer appendiculaire.

En pareil cas il semble qu'on doive enfreindre la loi, qui commande, en présence du pus, de respecter l'appendice, car ce n'est que par l'intégrité dûment constatée de cet organe qu'on peut être amené à des recherches d'un autre côté.

Cette exploration de l'appendice n'est d'ailleurs dangeureuse et vraiment condamnable que lorsque on est en présence d'une appendicite localisée; dès que le péritoine est infecté en totalité, on ne risque pas de diffuser la septicémie en allant rechercher l'appendice.

Nous croyons donc que dans les cas que nous envisageons, de péritonite généralisée due à une perforation de l'estomac ou duodénum prise pour une appendicite on doit s'assurer avant de mettre fin à l'opération que l'appendicite est altéré.

Or, justement il est rare qu'un appendice ayant amené la généralisation de l'infection péritonéale

ne présente pas des lésions, soit inflammatoires, soit perforantes, appréciables à la vue.

Si l'appendice est manifestement malade, on se conduit comme toujours en pareil cas : si l'appendice est sain on poursuit son exploration dans la mesure du possible, par une laparotomie médiane très large.

Il résulte dans tous les cas, que dans les formes d'infection péritonéale généralisée, il vaille mieux adopter comme incision, l'ouverture de la cavité abdominale par une incision verticale, d'étendue variable, le long du bord externe du grand droit. Cette ouverture permet d'emblée une exploration plus facile.

OBSERVATION I (personnelle.)

F... Jean, âgé de 34 ans, entre le 12 mai 1898 dans un service de médecine pour les douleurs abdominales.

Son passé pathologique est peu chargé ; il raconte qu'il y a 6 ans, il a eu au Tonkin, plusieurs accès de fièvre intermittente. Depuis son retour en France, il y a 5 ans, il a eu de nouveau quelques accès fébriles peu graves.

Depuis cette même époque, il a été opéré à quatre reprises différentes, d'une lésion inguinale droite qu'il a été impossible de déterminer exactement, mais qui paraît avoir été une adénite.

La maladie actuelle a débuté il y a une quinzaine de jours, au milieu d'une santé parfaite. Le malade, depuis cette époque a eu des douleurs dans la région épigastrique, qui se sont bientôt généralisées à tout l'abdomen.

Le malade a presque complètement perdu l'appétit. Depuis quelques jours son état s'est aggravé, et la veille de son entrée à l'hôpital (12 mai), le malade a eu des vomissements. Ce symptôme se manifestait pour la première fois depuis le début des accidents. Ces vomissements paraissent avoir été purement alimentaires, et n'ont jamais présenté, au dire du malade, des traces de sang ; ni de la diarrhée, ni du moelena n'ont été observés. Depuis le début de sa maladie, le malade dit avoir beaucoup maigri.

Dans la nuit de son entrée à l'hôpital, le malade a eu, comme la veille, des vomissements qui se sont

répétés à plusieurs reprises. Ces vomissements étaient en partie alimentaires, en partie bilieux, et dégageaient une odeur fétide.

A l'examen, le malade se plaint de douleurs abdominales très intenses, diffuses, occupant tout l'abdomen. Elles sont très marquées au niveau de l'épigastre et s'irradient en bas et à droite, elles présentent un maximum dans la fosse iliaque droite.

Le 13 mai. — L'abdomen est notablement distendu. Il présente une forme régulière et globuleuse sans circulation collatérale.

La palpation est excessivement douloureuse et dénote un certain degré d'empâtement surtout à droite.

A la percussion, on trouve du tympanisme dans la région épigastrique et autour de l'ombilic. Dans le flanc gauche, il existe un peu de submatité ; dans la fosse iliaque droite la submatité est très nette et assez étendue ; à ce niveau également l'empâtement est à son maximum.

A la percussion, la matité hépatique a disparu.

La rate est augmentée de volume.

L'appareil respiratoire est sain.

Le cœur est normal. Le pouls, abdominal, est petit, faible et bat 120.

Urines normales.

Température : 36°5. Diagnostic posé : appendicite.

Dans la nuit du 13 mai, les vomissements ont un peu diminué.

14 mai. — Dans la journée, l'état était stationnaire. Vers les 5 heures de l'après-midi, l'état général s'aggrave considérablement, et le malade est passé en chirurgie, où vient l'opérer le chirurgien de garde, mandé d'urgence.

Le malade a une dyspnée violente, du hoquet, un pouls petit, une prostration très marquée.

Le diagnostic d'appendicite confirmé par le chirurgien, une intervention immédiate est décidée.

Incision dans la fosse iliaque, le péritoine incisé, il s'écoule une grande quantité de pus mal lié, bouillon sale. Drain. Pansement.

Le 15 mai, au matin, pouls : 95. Le malade paraît mieux se porter ; le soir cependant, il a du hoquet et quelques vomissements rares et peu abondants.

Le pansement est laissé en place. Traitement : glace, champagne. Serum artificiel : 500 grammes.

Le 16 mai. — L'état du malade demeure à peu près stationnaire. Les vomissements cependant diminuent, le hoquet tend à s'éteindre. Le malade ne souffre pas. La température se maintient autour de 37°.

Le 17 mai. — Le pansement est refait. Il s'est écoulé par la plaie une quantité abondante de pus verdâtre et fétide. Le malade va mieux.

Le 19 mai. — Nouveau pansement.

Le 20 mai. — Elévation de température 39°2. Pouls à 75 pulsations. Le malade se plaint de douleurs à l'épigastre.

Le 21 mai, changement de pansement. Le malade ne va pas mieux. Température 39,5. Du hoquet, des vomissements réapparaissent. L'état général s'aggrave. Faciès grippé, péritonéal.

Le 22 mai, à 2 heures de l'après-midi, mort avec des phénomènes de septicémie péritonéale.

Autopsie le 24 mai. — Dans la région de la fosse iliaque droite, des anses intestinales grêles sont agglutinées par des fausses membranes entre lesquelles plongent les drains. Au-dessous de ces anses, l'on trouve le cœcum et l'appendice qui sont absolument

sains et normaux. Dans le petit bassin s'est accumulé du pus. Tout l'abdomen est plus ou moins rempli de pus, maintenu parfois entre des adhérences, par clapiers indépendants. De fausses membranes rendent parfois le déroulement de l'intestin pénible et délicat ; des foyers profonds sont ouverts au cours de ces manœuvres.

Le colon ascendant est particulièrement adhérent et de dissection difficile. Le foie présente une vésicule distendue ; il adhère par sa face inférieure à la face antérieure de l'estomac. En détruisant les adhérences, on découvre de petits abcès qui ont rongé la face inférieure du foie par place. Au niveau de l'estomac que l'on enlève après une ligature œsophagienne, avec tout le tube intestinal, on trouve au niveau du bord droit sur la face antérieure, à 4 centimètres environ du cardia, à 3 centimètres de la petite courbure, une perforation régulièrement arrondie de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Vue du côté de l'estomac ouvert, elle rappelle la disposition anatomique de l'ulcère simple perforé, avec ses divers plans en étage. Un examen histologique de la lésion a corroboré le diagnostic macroscopique.

L'on se trouvait donc en présence d'un ulcère perforé de la face antérieure de l'estomac ayant été le point de départ d'une péritonite généralisée, mais ayant permis une réaction défensive du péritoine, comme le témoignaient les adhérences et la formation d'abcès intestinaux par les barrages des fausses membranes.

Dans cette observation, l'erreur de diagnostic commise tient à ce que les douleurs épigastriques qui ont marqué le début des accidents les plus

graves, apparaissant du reste chez un malade qui avait un passé pathologique gastrique, n'ont point suffisamment attiré l'attention.

OBSERVATION II

(Soc. anat. Janvier 1897)

Ulcère rond de l'estomac. Perforation. Péritonité suraiguë. Mort (par Heresco et Claisse).

Le 27 décembre, un homme âgé de 28 ans est amené à l'hôpital, dans le service de M. Reclus.

Il raconte que deux jours avant, en voulant monter un escalier, il ressentit une vive douleur dans tout l'abdomen, avec irradiation dans l'épaule gauche. Il s'était toujours bien porté et n'avait jamais souffert de son ventre.

Il n'avait jamais eu d'hématémèse ; il avait vomi une seule fois, un jour avant son entrée. Les yeux excavés, la langue chargée, le malade est constamment couvert de sueurs froides.

Il a les extrémités froides, cyanosées. Respiration gênée, pas de pouls radial, mais le pouls fémoral montre qu'il a 128 pulsations par minute. T. 38°.

L'abdomen est gros, distendu, la moindre pression lui détermine de vives douleurs, et en cherchant si un point était plus douloureux que l'autre, en dirigeant l'exploration du côté de la fosse iliaque droite, cette exploration est négative. Le malade souffre de partout. Il n'y a pas de matité sauf dans les parties déclives.

M. T.-L. Faure, appelé d'urgence, pense que l'on se

trouve en présence d'une péritonite par perforation, sans pouvoir déterminer l'endroit de la perforation. Comme l'état du malade est très grave, M. Faure fait une laparatomie sous-ombilicale à la cocaïne.

Le péritoine incisé, il s'écoule une grande quantité de liquide louche, sale, et vers la fin, *des gouttes de pus qui venaient du côté du cæcum*. Drain. Pansement.

Le malade meurt cinq heures après.

A l'autopsie, l'on trouve une péritonite généralisée et une perforation de l'estomac, à l'endroit où il était atteint d'un ulcère rond, c'est-à-dire près de la partie moyenne de la petite courbure, sur la face antérieure de l'estomac.

Dans cette observation, le début brutal en pleine santé, la très vive douleur abdominale sans localisation consécutive à la fosse iliaque droite pouvaient peut-être entraîner le diagnostic : les caractères de la douleur, son siège et son intensité, ne sont pas suffisamment précisés pour que nous y retrouvions les signes de la perforation de l'estomac : ils l'étaient suffisamment peut-être pour écarter le diagnostic de l'appendicite.

OBSERVATION III

(Rapportée par M. Helary. Soc. anat. 1890)

Péritonite suppurée due à un ulcère perforant de l'estomac resté latent pendant la vie. Laparatomie par M. Walther.

La nommée Marie G..., âgée de 17 ans, est apportée le 6 octobre 1890, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhier, dans le service de M. le docteur Monod, suppléé par M. le docteur Walther.

Cette jeune fille présente tous les signes d'une péritonite aiguë suppurée. Les traits sont tirés, les yeux excavés, la face pâle. Le pouls est fréquent, petit. La température axillaire est de 38°8. Le ventre est ballonné, sonore à la percussion.

Langue sèche, quelques vomissements verdâtres.

L'intelligence est bien conservée, et la malade répond très distinctement aux questions qu'on lui adresse.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Santé toujours très bonne. Jamais de dérangements gastro-intestinaux, jamais de vomissements alimentaires, ni d'hématemèses, ni de mœlena.

Le 5 octobre dernier, elle est prise tout à coup, au milieu de la journée, de douleurs violentes dans l'abdomen accompagnées de vomissements alimentaires. On la transporte à l'hôpital où on constate tous les signes d'une péritonite aiguë.

Le lendemain, aggravation de l'état général.

Langue sèche, soif vive. Pas de vomissements.
T. 37°6.

Les douleurs abdominales augmentent d'intensité.

Le ventre est très développé, très douloureux à la pression. Sonorité dans les flancs.

Diarrhée assez abondante.

Par le toucher vaginal, on constate une petite grosseur dans le cul-de-sac latéral gauche du volume d'une noix, très douloureuse. Rien à droite.

Le 8 octobre, la laparatomie est pratiquée par M. le docteur Walther.

A l'ouverture du ventre, on trouve dans le péritoine une grande quantité de pus. Le grand épiploon est rouge et épaissi. Les anses intestinales sont agglutinées et recouvertes de fausses membranes. Le maximum des lésions inflammatoires porte sur le petit bassin où les intestins sont complètement recouverts d'un exsudat grisâtre, très épais, que l'on est obligé de décortiquer peu à peu à l'aide des doigts. Au niveau du cœcum, l'inflammation péritonéale paraît aussi plus prononcée.

Craignant une perforation de l'appendice iléo-cœcal, on le résèque. Rien du côté des annexes de l'utérus.

Grand lavage du péritoine à l'eau bouillie salée.

Sutures du ventre à trois plans. Pansement à l'iodoforme.

Dans la soirée, l'opérée donne des signes d'une agitation extrême, puis elle meurt dans le collapsus.

Autopsie. — En ouvrant le ventre, on aperçoit un vaste épanchement de couleur jaunâtre, de consistance épaisse, collecté entre le foie et le diaphragme. Sur la face antérieure de l'estomac, au niveau de la partie moyenne, à 3 centimètres de la petite courbure, on trouve une ouverture circulaire, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes par laquelle s'écoule un liquide jaunâtre. L'estomac est peu distendu; il est rempli d'un liquide semblable à celui qui s'est collecté entre

le diaphragme et le foie. La muqueuse a sa coloration normale ; par places un peu d'emphysème cadavérique. Au niveau de la perforation, existe une ulcération très large, arrondie, à bords taillés à pic, sans rougeur ni trace d'inflammation. Sur la face postérieure de l'estomac du côté de la muqueuse se voient deux autres ulcérations, très larges, situées au même niveau que la précédente ; sur l'une d'entre elles l'estomac est presque perforé, et a à peine l'épaisseur d'une pelure d'oignon. A leur niveau, l'estomac n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins.

Péritonite suppurée dans le petit bassin qui est tapissé de fausses membranes. L'utérus est normal, ainsi que ses annexes. Rien du côté des autres organes. La sensation de tumeur dans le cul-de-sac vaginal était dû à un amas de fausses membranes.

M. Walther fait suivre cette observation de quelques réflexions parmi lesquelles nous relevons les suivantes : Au cours de l'opération, M. Walther trouve une péritonite suppurée généralisée : cavité pelvienne pleine de pus, anses intestinales recouvertes de fausses membranes épaisses et adhérentes qui sont enlevées avec une certaine difficulté. Aucune lésion de l'utérus ni des annexes.

Autour du coecum, foyer purulent volumineux encore limité par des anses intestinales agglutinées. Pensant que là était le point de départ de la péritonite la résection de l'appendice enfoui dans les fausses membranes est pratiquée. Mais l'examen immédiat de cet appendice montre qu'il

n'était point perforé. Enfin dans la partie supérieure de l'abdomen, les lésions allaient en s'atténuant, le pus était moins abondant, les anses intestinales et l'épiploon simplement agglutinés sans foyer purulent.

Or, l'autopsie démontra que le point de départ était un ulcère perforant de la face antérieure de l'estomac. Mais ce qu'il y a de fort intéressant, c'est qu'au niveau de la région épigastrique, autour de la perforation, il n'y avait point de foyer purulent, point de fausses membranes épaisses purulentes, mais seulement des adhérences qui unissaient la face antérieure de l'estomac au foie et qui aplattissaient les anses intestinales voisines.

La localisation relative des lésions à la partie inférieure de l'abdomen, est sans doute due à ce que au moment de la perforation, les liquides contenus dans l'estomac sont tombés dans le petit bassin; leur simple passage dans la région sus-ombilicale n'a provoqué qu'une péritonite adhésive, tandis que leur séjour dans les régions inférieures y a provoqué cette péritonite purulente si intense qui semblait le foyer principal.

Dans cette observation nous relevons le mode de début de la douleur en « coup de poignard » et l'absence du point de Mac-Burney.

OBSERVATION IV (Soc. anat., janvier 1897)

Péritonite généralisée due à un ulcère perforant du duodenum.

(Par Lardennois et Levrey.)

Le nommé C..., 26 ans, garçon épicier n'a jamais été malade. Rien de particulier dans ses antécédents. Aucun signe d'intoxication alcoolique bien marqué (au cours de l'interrogatoire, il est vrai, il n'a pas été insisté sur ce fait important dans la pathogénie de l'ulcère-rond), pas de constipation, bon appétit habituel, parfois de troubles gastriques.

Le vendredi 8 janvier 1897, après avoir mangé quelque peu, de bonne heure selon son habitude, il se rend à son travail, allègre et sans aucun malaise. A 10 heures du matin, en faisant un petit effort pour vider un sac, il est pris tout-à-coup d'une douleur éclatant brusquement, extrêmement intense et déchirante. Le point de départ de la douleur était localisé par le malade assez vaguement dans la partie gauche de l'abdomen.

Conduit à la Pitié et placé dans le service de M. le docteur Babinski où on l'examine, le malheureux souffre encore atrocement.

Il n'est pas précisément dans le collapsus, mais fort abattu, prostré, avec le facies altéré, la voix cassée, éteinte. Le pouls est petit, rapide; la température monte à 39° 5.

Il n'y a pas de vomissements. L'abdomen est tendu, mais peu; il y a plutôt de la contracture des muscles,

un état de défense de la paroi. La palpation est extrêmement douloureuse par tout le ventre, mais surtout au niveau de la fosse iliaque gauche, ce qui ne laisse pas d'étonner quelque peu. Partout on trouve de la sonorité à la percussion.

On croit à une appendicite et on institue le traitement : opium, glace sur le ventre.

Le lendemain samedi la température a baissé : 37° 2 le matin, 38° 2 le soir, mais le pouls est toujours faible et très fréquent, la langue est sale, l'état général mauvais. Le ventre est plus météorisé, sonore partout. L'opium a calmé quelque peu la douleur spontanée, mais la sensibilité est toujours assez vive à la palpation, surtout au niveau de la fosse iliaque. Il y a peu de diarrhée. Ni nausées, ni vomissements.

10 janvier. — La situation s'aggrave, la température tombe à 36° 6, tandis que le pouls augmente de fréquence, filiforme et extrêmement rapide. Le facies indique une infection profonde et généralisée. Les vomissements commencent sanguinolents, puis verdâtres, porracés. On fait passer le malade dans le service de M. le docteur Tuffier et le chirurgien de garde est appelé : c'est le troisième jour.

M. Sebileau en l'absence de toute indication, et se basant sur les *chances de probabilités* pense que le point de départ est une perforation de l'appendice. Il pratique l'incision parallèle à l'arcade crurale. A l'ouverture du péritoine il s'écoule une cuillerée de liquide peu fétide, louche comme du bouillon sale. On aperçoit le cœcum rempli des matières fécales. L'appendice n'est pas mis au jour, le doigt introduit dans la fosse iliaque sent seulement une masse diffuse.

Le malade d'ailleurs est en ce moment très faible et on se hâte de terminer, en laissant comme drainage

une mèche de gaze iodoformée. Injection de sérum artificiel sous-cutanée, champagne, glace sur le ventre.

11 janvier. — La température est restée à 36° 2, le pouls est à 130, la respiration est embarrassée, la langue sèche, le facies altéré de plus en plus. Le ventre est extrêmement météorisé, surtout dans sa portion supérieure, il n'y a plus de zone de matité hépatique.

La palpation n'est plus douloureuse, pas d'évacuations alvines, aucune émission de gaz, vomissements incessants de matières verdâtres. Malgré les injections de sérum, l'alcool, la caféine, le malade meurt la nuit suivante dans l'hypothermie.

Autopsie. — L'abdomen est extrêmement météorisé. Le péritoine incisé laisse écouler un liquide rougeâtre plutôt sanieux que purulent. Les anses intestinales très distendues sont recouvertes par le grand épiploon et pour relever celui-ci, il faut détruire les adhérences nombreuses, mais récentes et purement fibrineuses. Le petit bassin est rempli de liquide; dans la fosse iliaque droite, on voit des anses intestinales accolées par des plaques de fibrine, mais il est facile de les séparer et de se rendre compte que *le cæcum et son appendice sont absolument sains*. Par contre, on voit s'écouler du liquide qui semble provenir de la partie supérieure de l'abdomen. En relevant le foie, on cherche à abaisser le colon transverse pour trouver la face antérieure de l'estomac, qui est absolument dissimulée. On est gêné d'ailleurs par la distension de l'intestin difficile à maintenir, mais enfin on aperçoit tout près du pylore une perforation du diamètre d'une pièce de 20 centimes, qui siège à la partie antérieure de la portion du duodénum à un centimètre du pylore. En considérant la perforation par sa face muqueuse, après avoir ouvert en arrière le duodénum et l'estomac, on

voit que les bords ne sont pas taillés à pic; ils présentent au contraire deux gradins concentriques. L'un répond à la couche musculo-séreuse, l'autre en retrait circonscrivant le premier est formé par la muqueuse. Aucune autre lésion n'apparaît dans le reste du duodénum et de l'estomac soigneusement étalés et examinés. Autour de la perforation et sur les anses intestinales, des traces de péritonite, plaques fibreuses et adhérences en formation.

OBSERVATION V

Perforation du duodénum pris pour une appendicite; laparatomie, mort (Bryant, *The practitioner's Society off.* New-York, 7 décembre 1894 : *Med. Record.*, 1895, t. I, p. 24).

Homme pris brusquement dans la rue d'une violente douleur dans la partie droite de l'abdomen. Conduit à l'hôpital quarante-huit heures après le début des accidents. A ce moment collapsus marqué, tympanisme abdominal généralisé; tumeur et matité dans la fosse iliaque droite au niveau de l'appendice. Ce n'est que quatre ou cinq heures plus tard que le malade accepte une incision exploratrice.

Une grande quantité de pus et de liquide d'apparence laiteuse s'échappe lorsqu'on incise au niveau de la tumeur. Pas de lavage de la cavité en raison de l'état grave du malade; larges tubes à drainage et gaz stérilisé.

L'autopsie montre que les accidents étaient dus à un ulcère perforé du duodénum, qui avait laissé échapper le contenu intestinal; celui-ci s'était écoulé jusqu'à vers

la région cœcale et avait produit là une collection inflammatoire simulant un appendice. Dans la poche, on trouve beaucoup d'aliments et du lait que le malade avait ingérés pendant la vie.

L'examen était fait quarante-huit heures après l'accident, on n'a pas suffisamment insisté sur le mode de début et sur la localisation primitive de la douleur.

OBSERVATION VI

(O. Pasteau. Bulletin de la Soc. anat., novembre 1895, page 740.)

Péritonite aiguë généralisée consécutive à un ulcère simple de l'estomac et prise pour une appendicite aiguë avec perforation et infection généralisée du péritoine.

Le nommé Eugène B..., âgé de 44 ans, exerçait la profession de garçon de magasin et présentait depuis de longues années des symptômes d'intoxication alcoolique, crampes, hallucinations nocturnes, pituites.

Il n'avait d'ailleurs jamais été malade et n'avait jamais souffert du ventre ; ses selles étaient régulières, jamais il n'avait rendu de sang par le rectum, jamais non plus il n'en avait vomi ; j'insiste sur ce point qui peut avoir son importance pour la suite de l'observation.

Le samedi, 16 courant, il éprouve quelques douleurs assez violentes au niveau de l'estomac et dans le flanc

droit ; un médecin appelé ordonne seulement quelques frictions calmantes et tout rentre dans l'ordre.

Le mardi suivant, 19 novembre, il vomit le matin son déjeuner et un peu de bile, le lendemain de nouveau il vomit, le matin, de la bile et fait trois selles de consistance et de coloration normale ; mais, dans l'après-midi, son ventre devient très douloureux ; il est dur, rétracté, et le médecin appelé porte le diagnostic de coliques hépatiques.

Le jeudi à midi le malade prend un lavement purgatif (sené, sulfate de soude) qui reste sans effet ; à deux heures de l'après-midi il est purgé avec de l'huile de ricin ; cette purgation reste également sans effet et le lendemain matin le malade prend de nouveau une limonade purgative.

La douleur se localisant cette fois bien nettement, au niveau de la fosse iliaque droite, on applique en ce point un large vésicatoire.

Le ventre se ballonne, les vomissements continuent, le facies se grippe, le pouls faiblit et le malade est amené à l'hôpital le samedi à une heure de l'après-midi,

A son entrée, nous constatons que tout l'abdomen est fortement météorisé ; il y a de la douleur très limitée dans la fosse iliaque droite et le point de Mac Burney est très net. On ne sent pas d'empatement dans cette fosse iliaque ce qui peut s'expliquer par le ballonnement considérable du ventre : il y a de la matité au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, s'étendant vers la ligne médiane sur une largeur de 5 centimètres environ et se prolongeant dans le flanc.

Toute la peau de l'abdomen est mollassse et comme œdématiée.

Les vomissements sont fécaloïdes ; l'état général du

malade est très mauvais ; le facies est fortement grippé, les yeux excavés, le nez pincé, les extrémités sont refroidies.

Le pouls est très petit, bat 110 et la T. 37° 4.

En présence de ces symptômes nous portons le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée.

A trois heures de l'après-midi, deux heures après l'entrée du malade à l'hôpital, nous faisons, avec l'aide et sous la direction de M. le docteur Sébilleau, une incision parallèle à l'arcade crurale, mais assez haut, en regard de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Nous arrivons bientôt sur le pus et, mettant le doigt dans la plaie, nous constatons que nous sommes en pleine cavité péritonéale, il n'y a pas trace de poche ; l'intestin se présente à nous baignant dans un pus jaunâtre, très fluide et d'odeur extrêmement fétide.

Nous sentons l'appendice remonté derrière le cœcum adhérent à la paroi iliaque dans ses deux tiers supérieurs et libre à son extrémité.

En présence de la généralisation des lésions, nous faisons une seconde incision sur la ligne médiane dans la région sus-pubienne ; par cette plaie encore s'écoule le même pus que précédemment en assez grande abondance. Nous plaçons deux drains dans la fosse iliaque, et deux autres drains en canon de fusil vont par la plaie hypogastrique jusque dans le cul-de-sac vésico-rectal ; puis nous lavons la cavité abdominale avec une dizaine de litres d'eau très légèrement additionnée d'une solution de sublimé à 1/1000, et bornons là notre intervention.

Le malade reporté dans son lit est très faible, immédiatement on lui fait une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel (chlorure de sodium 5 gr., sulfate de soude 10 gr., eau 1000 gr.) ; deux

autres litres lui sont injectés dans la soirée ; le malade est mis à la diète la plus absolue.

Le pouls se relève alors un peu ; le lendemain matin il bat encore 110, mais il est plus fort.

On donne au malade dans le courant de cette journée trois litres de sérum artificiel en injection hypodermique. Dans la soirée, les sueurs sont abondantes ; un nouveau lavage de la cavité abdominale est pratiqué dans les mêmes conditions que le premier et jusqu'à ce que le liquide sortant par les drains soit complètement incolore.

Le lundi matin, à 9 heures, le malade allait sensiblement mieux ; la température était à $36^{\circ}8$, le pouls battait 112 et était bien frappé. Mais à midi, tout cet aspect d'heureux augure était complètement changé ; peu à peu la température des extrémités descendait ; le pouls, le soir, était très faible, malgré une injection d'un litre de sérum ; et le lendemain matin, à 9 heures, le malade succombait.

Autopsie pratiquée le mercredi, permit de constater que les drainages avaient été suffisants ; il n'y avait plus traces de liquide dans la cavité péritonéale ; l'intestin était en partie couvert des fausses membranes.

Dans la fosse iliaque droite, le cœcum et l'appendice étaient bien en place ; ce dernier était rattaché à la paroi latérale de l'abdomen par un méso qui le fixait dans ses deux tiers supérieurs, correspondant ainsi à l'adhérence qu'on avait pu constater au cours de l'intervention.

Mais pas plus sur l'appendice que sur le cœcum, il n'y avait trace de perforation,

Nous recherchâmes donc cette perforation plus haut et nous finîmes, après avoir exploré l'intestin grêle sur

toute sa longueur, à la trouver sous le foie, au niveau de la portion pylorique de l'estomac.

Cette perforation siège sur la moitié antérieure du pylore, à un demi-centimètre au dessus de la valvule pylorique, comme nous avons pu nous en convaincre en ouvrant l'estomac, le duodénum par leur partie postérieure. Au niveau de cette perforation, quelques adhérences s'étaient faites avec la face inférieure du corps de la vésicule biliaire, adhérences qui ont été secondaires d'ailleurs à la perforation, comme le prouve malheureusement trop bien l'histoire clinique.

OBSERVATION VII

In Th. Collin. Due à M. Brissaud.

Homme, 35 ans, alcoolique. Le 12 décembre 1893, en revenant de son travail, G., est pris brusquement d'une crise violente de coliques; rentré chez lui, il vomit à plusieurs reprises et se trouve mal. Les douleurs abdominales persistent toute la nuit. Nausées, pas de vomissements; mais une nouvelle syncope.

Le 13, admis d'urgence dans le service de M. Brissaud.

Le soir, le malade présente le facies péritonéal; paroxysmes douloureux très violents; constipation absolue.

Le ventre est partout sonore, *excepté dans la région proche de la fosse iliaque droite*; fortement ballonné dans la région ombilicale et très tendu dans les flancs; la pression est uniformément douloureuse, avec *prédo-*

minance nette dans la région ilio-inguinale droite.
Pas de tumeur, ni d'empâtement.

Pouls 104. T. 37°9.

Diagnostic : appendicite suraiguë perforante,

Traitement : morphine.

Le lendemain, à 10 heures, opération par M. Monod.
Incision latérale dans la fosse iliaque. Issue d'une grande quantité de matières fécales. L'appendice ne peut être retrouvé. Drainage.

Le malade meurt le soir même.

Autopsie pratiquée par le docteur Macaigne.

1° Péritonite généralisée ;

2° A droite, une collection fusiforme s'étend de la fosse iliaque à la face inférieure du foie, refoulant la masse intestinale vers la ligne médiane. L'appendice est perdu au milieu d'une masse épaisse d'adhérences.

3° Il existe une perforation d'un ulcère simple du duodénum en dehors de la valvule pylorique, sur sa face antérieure.

OBSERVATION (1) VIII

(Résumé d'une leçon clinique de M. le professeur Dieulafoy),

Le nommé X..., âgé de 20 ans, arrive salle Saint-Christophe, dans le service de M. Dieulafoy, le 30 mars 1898, à 10 heures moins un quart. Il vient à l'hôpital, parce que, depuis 6 heures du matin, il souffre atroce-

(1) Cette observation ainsi que la leçon vont être publiées dans les Cliniques Médicales de l'Hôtel-Dieu, tome II, qui paraîtront au mois d'octobre de l'année 1898.

ment dans le ventre. Cette douleur est venue subite, brutale. Il s'était couché la veille bien portant, sans la moindre douleur dans l'abdomen. Il n'a jamais eu le moindre trouble gastrique.

En se levant à 6 heures du matin, tout à coup douleur aiguë déchirante au niveau de l'ombilic. J'ai cru, disait-il, que mes boyaux se déchiraient.

D'emblée la douleur atteint son maximum. Elle n'a pas varié ni changé de place. Il se recouche ne pouvant faire le moindre mouvement, cherchant à calmer la douleur (cataplasmes, laudanum) sans y arriver. A 9 heures du matin, il vient lui-même à l'hôpital, mais marchant à petit pas et restreignant tous ses mouvements. Il n'a pas eu un seul vomissement.

Nous le voyons d'abord debout : il se tient plié en deux, le ventre effacé, les deux mains en avant comme pour protéger l'abdomen et éviter le plus petit contact. On le couche en le déshabillant à grande peine.

Le ventre est absolument plat, sans retraction ; il est dans toute son étendue d'une dureté ligneuse. Le plan musculaire est contracturé. La pression même légère est très pénible. On cherche le maximum de la douleur.

La recherche de l'hyperesthésie au moyen d'une pointe de crayon montre le point de Mac-Burnay certainement douloureux, mais à mesure qu'on se rapproche de la région ombilicale, le frolement devient insupportable et amène un reflexe très visible.

Il existe un peu au dessus et à droite de l'ombilic, une région de 4 cent. de diamètre qui peut être considéré comme le siège maximum de la douleur. Pouls 68, régulier, ample. Temp. 37,4. Facies est un peu altéré, les yeux cernés.

Diagnostic. — 1° Il y a là une péritonite par perfo-

ration (douleur, ventre plat et dur, facies), malgré l'état du pouls, l'absence de fièvre et des vomissements.

2° Quel est le point de départ ? Est-ce l'appendice ? Non ; à cause de la douleur d'emblée très violente, sans progression, à cause du point de Mac-Burnay moins douloureux.

Il s'agit d'un ulcère de l'estomac perforé à cause de cette douleur brutale, véritable « coup de poignard » péritonéal, du siège au dessus de l'ombilic. Cet ulcère siège probablement dans la région du pylore, peut-être même dans le duodénum.

Il n'y a pas à hésiter, la perforation s'étant produite à 6 heures du matin, il n'y a pas encore quatre heures : il doit être opéré.

L'opération montre le bienfondé et l'exactitude du diagnostic.

CONCLUSIONS

I. — Les différentes perforations du tube intestinal ont chacune leur physionomie propre ; de tous les symptômes, celui qui les caractérise le plus nettement est la douleur du début dont la localisation demande à être faite avec une extrême précision.

II. — Et cependant en parcourant les observations publiées, on voit que le diagnostic est rarement fait. Nous croyons que grâce à une bonne séméiologie, on pourra dans la plupart des cas éviter l'erreur.

III. — Nous avons fait ressortir les anomalies que peuvent présenter les perforations gastro-intestinales dans leur aspect clinique. Il suffit d'en être prévenu.

IV. — Après la laparotomie pour accident de péritonite généralisée, dont l'appendice est la cause

